Man pränumerirt für das österr. Kaiserreich sammt der Postversendung **nur** im **Redaktions-Bureau**, Wien. Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761 und bei allen k. k. Postämtern ganzjährig mit 8 fl. 40 kr., halbjähr. mit 4 fl. 20 kr., vierteljährig mit 2 fl. 10 kr. Oest. W.
Geldsendungen erbittet man franco.

№ 43.

Wien. — Freitag, den 28. October 1859. — V. Jahrg.

Man pränumerirt für die ausserösterreichischen Staaten auf dem Wege des Buchhandels nur bei **E. F. Steinacker** in **Leipzig**, ganzjährig mit 5 Thaler und halbjährig mit $2^1/_2$ Thaler.
Inserate 10 kr. Oest. W. (2 Sgr.) pr. dreispaltige Petitzeile.
Jeden Freitag eine Nummer.

Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt vom Med.-Rathe Dr. **G. Preyss** und Prof. **v. Patruban.**

Ankylose des rechten Unterkiefergelenks durch 15 Jahre bestehend. Heilung mittels eines künstl. Gelenks.

Vorgestellt den 14. October der k. k. Gesellschaft der Aerzte von Dr. **Dittl**, *Docenten der operativen Chirurgie an der Hochschule in Wien.*

S. A., 20 Jahre alt, aus Bielitz in Schlesien, erlitt durch das Ueberfahrenwerden von einem schwer beladenen Wagen eine schwere Kopfverletzung. Sein damaliger Ordinarius, Herr Schw. aus B. in Schlesien, erzählte mir erst unlängst, dass anfänglich nur die Weichtheile der rechten Schläfengegend zertrümmert schienen. Im weiteren Verlaufe exfoliirten sich auch mehrere, von der äusseren Fläche des rechten Schläfebeins abgebrochene, flache Knochenplättchen. Ein Jahr später sah ich ihn zum ersten Male, und damals schon konnte er den Mund nicht mehr recht öffnen wie sonst, und das passive, gewaltsame Aufreissen des Mundes gerieth auf einen bedeutenden Widerstand. Ich rieth dazumal den Gebrauch eines Dilatatoriums nach dem Muster des Rudtorfer'schen Mundspiegels und fleissige Kaubewegungen. Bei dem nachlässigen Gebrauch dieser und anderer Mittel entwickelte sich die Mundsperre innerhalb 5 Jahre bis zu dem Grade, dass Patient seit zehn Jahren die Zähne beider Kiefer nicht mehr voneinander brachte. Ausgerüstet mit einer ganz ungewöhnlichen Scheu vor jedem blutigen Eingriffe, wies Patient jeden Gedanken an eine Operation, selbst die gleich anfänglich von seinem ersten Ordinarius vorgeschlagene subcutane Tenotomie des narbigen Temporalis, bis jetzt entschieden zurück. Aber seit 5 Jahren war nicht nur das Kauen unmöglich geworden, sondern die ganze Pforte zur Mundhöhle bestand in einer Zahnscharte, die er sich durch den Verlust der zwei innern Schneidezähne des Unterkiefers verschafft hatte. Er konnte also nur flüssige und weiche Nahrungsmittel, in kleine Stücke zertheilt, zu sich nehmen (d. i. durch die Zahnscharte in den Mund schieben). Dabei litt natürlich die Ernährung; das Aussehen wurde blass, die Sprache schwer, oft unverständlich, und der unentwickelte Unterkiefer gab dem ganzen Gesichte ein entstelltes Aussehen. Dieser wahrhaft jammervolle Zustand vermochte ihn endlich, obwohl gänzlich muthlos, sich vor 4 Jahren einer Operation zu unterwerfen. Unglücklicher Weise konnte er in eine tiefe Narcose nicht gebracht werden, und sein beinahe tobsüchtiger Ungestüm vereitelte vollkommen den Plan zur Operation, ja sogar den gewöhnlichen Erfolg einer sorgfältig angebrachten Naht, nachdem der gemachte Hautschnitt wieder vereinigt werden musste. Der Unterkiefer blieb natürlich unverändert, und er behielt noch eine bei 3''' breite Narbe vom rechten Mundwinkel gegen den Winkel des rechten Unterkiefers zum Andenken an jenen rasenden Widerstand, womit er eine Operation vereitelte, die gewiss schon vor 4 Jahren ihn aus der Gefahr des Hungertodes gerettet hätte. Im letzten Jahre nahm er zur unschuldigen Gymnastik seine Zuflucht, und als auch diese erfolglos blieb, gab er den Worten des Herrn Dr. Neumann Gehör, der ihm zur Operation rieth.

Mitte August l. J. sah ich ihn zum 2. Male. Er war inzwischen ein mittelgrosser, schlanker Jüngling geworden, ziemlich blass, nicht muskulös. Sein Gesicht hatte ein ungewöhnlich entstelltes, an die Physiognomie eines Hasen erinnerndes Aussehen. Der Unterkiefer, in seiner Entwicklung nach allen Dimensionen mehr zurückgeblieben, trat hinter den Oberkiefer zurück. Die Mitte der Unterlippe trat mehr vor, und bog sich stark nach abwärts um. Der linke Mundwinkel war normal geformt und schön zugespitzt. Am rechten verhielt sich das anders. Das Roth der Oberlippe lief spitzig aus, das Roth der Unterlippe hingegen endete mit einer Abrundung, und war fast quer mit der Oberlippe vereinigt. Von diesem Winkel zog sich eine 3''' breite, rothe Narbe über die rechte Backe hin zum Winkel des Unterkiefers, welche ihrerseits diesen Mundwinkel etwas tiefer herabdrängte. Die Weichtheile der Unterkiefergegend sind so fettreich, dass sie eine zwischen die Spina mentalis ext. und fossa sternalis aufgestellte Fläche tangiren (Goder). Die rechte Hälfte dieser Conve-

xität ist umfänglicher und verleiht dem Gesichte ein asymetrisches Aussehen.

Geht man von jener Narbe aufwärts über den Ast des Unterkiefers, die Jochbrücke und die Schläfengrube, so sieht die ganze Gegend auffallend magerer aus. Vom Masseter fühlt man nur nach vorne eine etwa 2—3''' breite Fleischportion durch. Die Schläfengrube erscheint, wie von der allgemeinen Decke allein überzogen, und diese hat nicht die Eigenschaften der gesunden Haut, sondern das Aussehen einer blassen, dünnen, unelastischen trockenen, glatten, mit dem Schläfenbeine fest verbundenen, wenig empfindlichen, narbigen Membran, durch die man eine ziemlich breite, beiläufig dem oberen Rand des Schuppentheils des Schläfenbeins entsprechende Knochennarbe hindurchfühlte. Zog man die Lippen auseinander, so fiel zuerst die durch den Verlust der mittleren Schneidezähne erzeugte Zahnscharte auf. Die Zähne beider Kiefer standen mit ihren Kauflächen nicht auf einander, sondern die des Unterkiefers hinter denen des Oberkiefers. Dir Zähne des Oberkiefers waren sonach vorwärts gedrängt, so dass die Kaufläche der Backenzähne zu $1/3$ frei standen, die Eck- und Schneidezähne des Oberkiefers aber ganz frei vorragten. Die Zähne beider Kiefer waren so fest aneinander gedrängt, dass man nicht einmal das meisselförmige Ende einer feinen Meisselsonde in den Mund schieben konnte. Dieser Zustand machte das Sprechen beschwerlich, und da sich die Laute durch die stets angehäufte Mundflüssigkeit, und den engen Zwischenraum der Zähne durchdrängen mussten, wurde die stets zischende Sprache sehr undeutlich, oft geradezu unverständlich. Fasste man die Unterlippe, lehnte man den Daumen an den äussern Kinnstachel an, so war es unmöglich, den Unterkiefer auch nur um ein Minimum herabzudrücken. Eben so erfolglos waren auch die andern Versuche passiver Bewegungen. Die activen Bewegungsversuche ergaben folgendes über den Operationsplan entscheidendes Resultat:

1. Beim Versuch, den Mund zu öffnen und zu schliessen, fühlte man, dass die Unterkiefermuskeln beider Seiten und die linken Kau- und Schläfenmuskel sich zu ganz stattlichen, ihnen entsprechenden Muskelbäuchen contrahiren. Am rechten Masseter ging keine Veränderung vor, mit Ausnahme eines seinem vordern Rande entsprechenden, ganz dünnen, sich contrahirenden Fascikels. Dabei änderte sich die Stellung des Kieferknochens nicht; etwas, aber kaum merklich und einseitig, verschob sich der Unterkiefer beim Versuch, ihn zurückziehen.

2. Bei Versuch, ihn seitlich zu bewegen, merkte man eine geringe Verschiebung gegen die linke Seite hin.

Aus diesen Untersuchungen glaubte ich folgende Schlüsse machen zu dürfen:

A) Durch die Zertrümmerung des M. temporalis, den oberflächlichen Bruch des Seitenwand- oder Schläfenbeins, Contusion des Kiefergelenks und die darauffolgenden Exsudation hat sich ein diffuses, im Zeitraum von 15 Jahren die Nachbarstheile retrahirendes Narbengewebe gebildet, wodurch die feste Ankylose des rechten Unterkiefergelenkes (symptomatische Mundsperre) zu Stande kam.

B) Da eine Anschwellung zu einem harten Muskelbauch oder doch Aehnliches am rechten Masseter und Temporalis nicht hervorzubringen war, und da ferner eine Retraction des Unterkiefers und eine seitliche Verschiebung nach rechts hin auch nicht bewirkt werden konnte, waren offenbar der rechte Schläfen- oder Kaumuskel und die rechten Flügelmuskel in diese, unter diesen Umständen unheilbare Narbe hineingezogen.

C) Die Bewegungsorgane des Mittelstückes und des linken Astes vom Unterkiefer waren noch immer functionsfähig. Es war somit entschieden, dass der rechte Ast des Unterkiefers ganz aufzugeben sei. An eine subcutane Tenotomie und forcirte Streckung glaubte ich unter diesen Umständen nicht mehr denken zu dürfen. Abgesehen von den Schwierigkeiten, bei einer solchen Mundklemme das Tenotom anzuwenden und der Verlegenheit, die eine sehr wahrscheinliche Verletzung der Maxill. int. dem Operateur bereitet hätte, da er mit dem sichersten Blutstillungsmittel, der Ligatur, nicht hätte beikommen können, hätte das jedenfalls etwas unsichere Herumfahren mit dem Tenotom in der weitverbreiteten Narbe die nöthige Veränderung in ihr gewiss nicht erzeugt.

Ich beschloss demnach an der Gränze zwischen dem functionsfähigen und dem functionsunfähigen Theil des Unterkiefers durch eine partielle Resection ein künstliches Gelenk anzulegen, so dass in der Folge die Bewegung des Unterkiefers an diesem und dem linken Aste des Unterkiefers Statt finde. Ich erklärte dem Kranken, dass ich ihn auf sein ausdrückliches Verlangen vollkommen narcotisiren wolle, dass ich ferner durch die Operation sein Leben nicht in Gefahr bringen werde; dagegen fordere ich, dass er mich für einen ungünstigen Erfolg nicht verantwortlich mache. Wenn er unter diesen Bedingungen die Operation wünsche, werde ich sie unternehmen. Erst vier Wochen später erschien der Patient mit dem entschiedenen Begehren der Operation und liess sich zu diesem Zwecke am 14. Juni in die Heilanstalt des Hrn. Dr. Wertheim aufnehmen. Unterstützt von den Hrn. Collegen Dr. Wertheim, den Operateuren Sum und Semeleder und Secundararzt Dr. Neumann, schritt ich am 16. Juni Vormittags zu diesem Werk von zweifelhaften Erfolg. Auf sein gewöhnliches, gegen das Fenster gekehrtes Bett, horizontal gelagert, den Kopf erhöht und auf die linke Seite gelegt, machte Patient um $9^1/_2$ Uhr Früh die ersten gleichförmigen ruhigen Inspirationen an dem vor die Nase gehaltenen und mit Chloroform getränkten Schwamm. Jetzt begann eine mit Verlegenheit und Besorgniss reichlich ausgestattete Scene. Die bald eingetretene Ruhe und das tiefe Athmen liessen einen Augenblick an eine gelungene Narcose glauben. Aber gegen den sanftesten Versuch auf der Haut reagirte Patient sehr heftig. Ich goss von Neuem Chloroform auf den Schwamm, Patient inhalirte vortrefflich, und dennoch fuhr er plötzlich auf, wenn seine Haut sanft gekniffen wurde. Diese Scene wiederholte sich noch oft. Jetzt nahm ich einen grossen Schwamm, goss verschwenderisch die betäubende Flüssigkeit darauf, hielt ihn knapp vor Mund und Nase, und bedeckte das Gesicht mit einer Serviette. — Umsonst! Bei dem ersten Versuch stürmte er wie rasend in die Höhe und vereitelte durch sein tobsüchtiges Herumschlagen jeden operativen Angriff. Abermals und abermals, obwohl mit stets steigendem Bangen, wiederholte ich die Narcose. Drei Stunden waren verflossen, vier Unzen Chloroform inhalirt. Ein beiläufig einen halben Zoll langer Schnitt am Mundwinkel war gemacht. Was war jetzt zu thun? Die Narcose fortsetzen und eine verhängnissvolle Catastrophe verschulden? Oder die Operation zum zweiten Male aufgeben, um den Kranken dem langsamen Verhungern oder einer That der Verzweiflung Preis zu geben? Da machte ich die erfolg-

reiche Wahrnehmung, dass er trotz der stürmischen Bewegungen nicht mehr Schmerzenslaute ausstosse. Jetzt fasste ich den Gedanken, dass Patient wirklich empfindungslos sei, und die Bewegungen streng reflectorisch vor sich gehen, und dass es darauf ankäme, dass man seiner Bewegungen Herr werde. Es wurden noch drei Personen zur Assistenz beigezogen und selbst diese 14 kräftigen Arme genügten nicht, um diesen rasenden Widerstand zu beherrschen. Ich musste noch mit meinem linken Arm den Kopf niederdrücken helfen, mit dem Daumen und Zeigefinger selbst assistiren, um mit der rechten Hand operiren zu können. Selten vernahm man ein Wehklagen, aber die Bewegungsversuche blieben stossweise gleich heftig und stürmisch. Es war ein warmer Junitag und bei dem unausgesetzten Raufen und Balgen tropfte der Schweiss von dem Gesichte eines jeden bei dieser Arbeit Betheiligten.

Nachdem ich den Verlauf der Maxill. ext. genau untersucht hatte, setzte ich den Schnitt am oberen Rand der Narbe vom rechten Mundwinkel durch die Backe schief nach ab- und auswärts bis an die Furche der Art. maxill. an der Basis des Unterkiefers fort. Trotz der Gewalt, die Jeder anwendete, erhob jetzt Patient den Kopf und ich war gezwungen, mit dem Messer nachzufahren, um in der Luft den Schnitt zu vollenden. Es war ein Glück, dass nicht zufällige Verletzungen vorkamen. Die Art. maxill. ext. blieb unverletzt, die coronaria labii zog sich ohne Ligatur zurück, die Blutung war gering und stand auf kaltes Wasser ganz still.

Jetzt handelte es sich um die Richtung des Schnittes durch den Unterkiefer; es stand fest, dass ich den Unterkiefer, wollte ich eine brauchbare Pseudoarthrose anlegen, in der Richtung von oben und innen, nach ab- und auswärts durchtrennen müsse. Bei einem Schnitte, der senkrecht durch den Unterkiefer geführt wird, ist die Bewegung der Kieferstücke unmöglich, denn der obere Winkel des Mittelstückes stösst an den unteren Winkel des Astes. Ein kreisförmiger Schnitt wäre ungleich mühevoller gewesen und dennoch nicht der Bewegung des Unterkiefers entsprechend, indem er keine exacte Kreisbewegung macht. Es war also klar, dass ich den Unterkiefer, wollte ich eine brauchbare Pseudoarthrose anlegen, in der Richtung von oben und innen nach ab- und auswärts durchtrennen müsse. Das Periost war bald mit dem Scalpel durschnitten, und die Osteotomie wollte ich anfänglich mit dem H e i n e'schen Osteotom machen; aber den Patienten in eine Ruhe zu versetzen, wie sie zum Osteotom nöthig ist, war unmöglich. Die Blattsäge, L a n g e n b e c k'sche Stichsäge waren unpractisch, für die Kettensäge war keine Mundöffnung, und so griff ich endlich zu unseren wohlerprobten Hohlmeisseln und Hammer. Mit diesen stemmte ich ein 2''' breites Stück aus dem Kiefer in der Richtung, die ich vorhin bezeichnete, d. i. 3''' beiläufig vor dem Masseter, und endete unmittelbar vor der Furche der Art. maxill. ext. an der Basis des Unterkiefers. Ich nahm in der gemachten Furche den Nerv. und die Art. alveolaris inf. wahr, ehe ich sie mit dem Meissel erreichte, gieng mit einer scharfen Scheere ein und zerschnitt beide, ohne dass es auf den Kranken einen Eindruck machte. Da die hintere Fläche des Unterkiefers mit der vorderen nicht parallel ist, verwandte ich die nöthige Aufmerksamkeit, um nicht über diese hinüber in die Weichtheile hinein zu meisseln. Als nun aus dem Unterkiefer ein 2''' breites Stückchen in angegebener Richtung vollständig ausgemeisselt war, zog ich den letzten Backenzahn aus dem der Unthätigkeit überlassenen Theil des Unterkieferastes aus. Jetzt konnte ich mit einem festen, schmalen, geraden Meissel in die Mundhöhle eindringen, ihn an die Kaufläche der Backenzähne des Unterkiefers anlegen, da sie ohnehin rückwärts in die Mundhöhle hinein reichten, und den Unterkiefer herab drücken. Dies gelang bis zur Entfernung von etwa $\frac{1}{2}$''. Jetzt erwachte der Patient und frug sogleich, ob er den Mund öffnen könne, ich liess es ihn versuchen — es gelang! Und zum ersten Male öffnete er den Mund, der seit 10 Jahren geschlossen war. Ich bemerkte jetzt, dass sich die Mundschleimhaut bei dem Entfernen der Unterkieferstücke (neues Gelenk) spanne und ein weites Oeffnen des Mundes hindere. Sogleich schnitt ich die Schleimhaut entsprechend der Knochenfurche nach abwärts tief ein, und die Bewegung war sogleich in grösseren Excursionen möglich.

Die zweite Frage des Kranken war die, was mit der Narbe geschehe? Ich hatte keine Lust, den eben glücklich beendeten Kampf wieder aufzunehmen und erklärte dem Kranken, dass ich mich nur unter der Bedingung entschliesse, ihn von derselben zu befreien, wenn er sich die Operation ohne Narcose gefallen liesse Diesmal trug seine Eitelkeit den Sieg über seine Muthlosigkeit davon. Regungslos lag der Kranke und liess sich ruhig gefallen, dass ich die ganze Narbe vollständig exstirpirte. Ich sorgte dafür, dass Unter- und Oberlippe in einer dem anderen Mundwinkel ganz gleichen spitzen Winkel zusammen kamen und vereinigte alles mit Insectennadeln. Nur am Mundwinkel selbst legte ich eine Knopfnaht an.

Am anderen Tage traten einige sonderbare Erscheinungen ein. Nebst Kopfschmerz und Ueblichkeiten, Brechneigung und zweimaligem Erbrechen, war die ganze Haut icterisch gefärbt und an allen Muskelpartien empfand Patient Schmerzen. Letztere Erscheinung erklärte ich mir durch die ungewöhnlich heftigen Widerstandsbewegungen. Patient nahm ein Solvens, nach zwei Tagen schwanden allmählich diese Erscheinungen. Sonst waren keine allgemeinen Reactionserscheinungen aufgetreten. In der Umgebung der operirten Partie trat Schwellung ein, die unter Anwendung von Kälte in sehr mässigen Grade schwand. Am 2. Tage entfernte ich sämmtliche Nadeln, nur die Knopfnaht entfernte ich am 4. Tag. Alles blieb vereinigt bis auf eine kleine Hanfkorngrosse Stelle in der Mitte der Naht, die sich erst am 8. Tage schloss.

Von nun an konnte Patient schon Bewegungen mit dem Unterkiefer vornehmen. Am 15. Tage wurde Patient mit fast gänzlich geheilter Wunde aus der Heilanstalt entlassen. Noch blieben mir 2 Bedenken: Zuerst, dass vielleicht der die Pseudoarthrose bedingende fibröse Callus allmälig so fest und kurz zusammenschrumpfe, dass er ein mit der übrigen Narbensubstanz identische Eigenschaften annehme. Diese Besorgniss ist aber geschwunden, denn nun sind es 4 Monate, und der Zustand des Patienten bessert sich noch fortwährend, obwohl er jetzt schon im Essen und Sprechen durchaus ungehindert ist.

Ein zweites Bedenken bezog sich auf die Art der Bewegung. Am gesunden Kiefer liegen beide Gelenke symetrisch in gleicher Höhe, somit fällt auch die Mitte des Kiefers bei jedem Oeffnen und Schliessen des Mundes in die Mittellinie des Gesichts, wodurch die Schönheit der Bewegung nach unseren Begriffen wesentlich bedingt ist. Bei diesem Kiefer liegt das linke Gelenk oben an seinem Platz, das rechte um die ganze Höhe des Astes tiefer. Diese Ver-

schiedenheit der Lage hat auf die Bewegung, ihre Normalität und Schönheit einen wesentlichen Einfluss.

Wenn man z. B. bei einer Leiche den rechten Unterkiefer ganz so durchsägt, wie bei dem Patienten, so ist die Strecke zwischen dem Mittelstücke und der rechten Gelenkgrube unterbrochen, und das Mittelstück fällt gegen die rechtd Seite hin.

Vor nicht gar langer Zeit sah ich ein etwa 20jähriges Mädchen, dem wegen Phosphornecrose der rechte Unterkiefer fast bis zur Mitte entfernt wurde. Der linke fiel darauf so stark zurück und gegen rechts hin, dass sich die entsprechenden Zähne zwischen Ober- und Unterkiefer nicht berühren, sondern die des linken Unterkiefers gegen den harten Gaumen hinaufstehen.

Ich fürchtete also eine ungleichförmige Bewegung des Unterkiefers von der Mitte gegen die rechte Seite hin. Diese entstellende Bewegung ist nun wirklich gleich nach der Operation eingetreten, aber seit der vollständigen Ausbildung der Pseudoarthrose bis aufs Unmerkliche gewichen, und gegenwärtig nicht mehr auffallend.

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztl. Praxis psychiatr. Section.

Befund und Gutachten über den Geistes- und Gemüthszustand des der Brandlegung angeklagten Franz W.

Zusammengestellt von Dr. Schumacher, k. k. Professor zu Salzburg.

Franz W., 37 Jahre alt, Dienstknecht, stammt aus einer Familie, von deren Mitgliedern keines je an einer Krankheit des Geistes oder Gemüthes litt, noch jetzt leidet. Er genoss den gewöhnlichen Schul- und Religionsunterricht. Als Soldat desertirte er, das Heimweh, welches Jemand als Ursache der Desertion ansehen wollte, constatirte sich nicht. Bei den gerichtlichen Untersuchungen, wegen wiederholt verübten rechtswidrigen Handlungen, gestand er jedesmal bald und reumüthig seine Schuld. Aus seinem letzten Dienste entwich er, wahrscheinlich aus Arbeitscheu, obgleich dieser letzte Dienstgeber ihm ein gutes Zeugniss gibt. In seiner Lebensgeschichte, wie selbe aus den Acten ersichtlich ist, liegt keine einzige Handlung vor, die den Verdacht einer Geistes- oder Gemüthskrankheit erwecken könnte. Dienstlos, arbeitsscheu und daher ohne Geld, beschloss er, Brand zu legen, um während des Brandes leichter stehlen zu können. Dieses Vorhaben führte er Ende Juli 185* am Abende aus, indem er in der M. Wiese bei G. einen Heustadel anzündete. Das Anzünden gelang vollkommen, nicht aber das Stehlen während des Brandes, denn er wurde bei dem Versuche abgeschreckt. In derselben Nacht gieng er in die Stadt, setzte sich am Salzachufer nieder und schlief ein; plötzlich erwachte er, es stand, wie er angibt, ein Mann vor ihm, den er packte und ins Wasser warf, so dass er das Geräusch vom Hineinfallen deutlich wahrnahm.

Die genau gepflogenen Erhebungen zeigten aber, dass kein Mann aus S. und deren Umgebung abgieng, es wurde auch keine männliche Leiche von der Salzach ausgeworfen oder in derselben aufgefunden. Bald nach dem angeblichen ins Wasserwerfen wurde Franz W. von der Polizeipatrouille aufgegriffen, gestand sogleich die Brandlegung und, dass er einen Mann ins Wasser warf; das Motiv zur Brandlegung, nämlich um leichter stehlen zu können, verhehlte er aber anfänglich. Der Kerkermeister berichtet, dass er an Franz W. während der jetzigen Haftdauer keine auffallende Aeusserung oder Handlung wahrnahm. Er benimmt sich ruhig, anständig, seine Antworten entsprechen den Fragen, seine Erzählungen sind logisch geordnet, zusammenhängend und übereinstimmend, sein Gedächtniss ist treu bis auf die kleinsten Umstände. Er bekennt grösstentheils mit niedergeschlagenen Augen, langsam und bedächtig sprechend, Unrecht gethan zu haben, klagt seine moralische Schwäche an und ruft wohl auch aus: nicht würdig zu sein, vom Erdboden getragen zu werden. Er fürchtet das Abschieben in die Heimat und die Wiederversetzung in seine früheren Verhältnisse, seine Liebe zur Arbeit scheint erloschen zu sein, ja es hat den Anschein, dass das Arrestleben für ihn nichts Abschreckendes habe und dass er selbes dem arbeitenden Leben vorziehe; überhaupt zeigt er sich als ein für moralische Genüsse völlig stumpfes Individuum.

Franz W. ist von mittlerer Grösse, grobknochig, kräftig muskulös und proportionirt gebaut, und sieht gesund aus. Er erfreut sich eines guten Appetites, die Se- und Excretionen gehen regelmässig vor sich. Der Herzschlag und die Carotidenpulsation ist normal, der Bauch fühlt sich normal an, ohne den Verdacht einer vorhandenen Krankheit eines darin enthaltenen Organes zu erregen; nur will er nicht viel Schlaf haben, was er aber dem Mangel körperlicher Ermüdung zuschreibt und es geradezu in Abrede stellt, dass eine psychische Ursache daran Schuld trage. Er weiss sich nur auf eine überstandene Lungenentzündung zu erinnern und behauptet, sonst stets gesund gewesen zu sein.

Gutachten.

1. Die von Franz W. ausgeführte Brandlegung trägt durchaus nicht solche Characterzüge an sich, die auf dessen psychische Unfreiheit, eine Geistes- oder Gemüthskrankheit schliessen liessen.

Die Art dieses Verbrechens entspricht vollends den sonstigen Gesinnungen und Handlungen des Franz W., der schon mehrere Verbrechen beging; es ist dieses neue Verbrechen nur eine Recidive, ein Fortschritt auf der Bahn des Lasters.

Das Motiv zur Brandlegung trägt keineswegs den Stämpel der Unsinnigkeit, der Aufhebung der vernünftigen Selbstbestimmungsfähigkeit. Arbeitsscheu, dem Müssiggange nachhängend, ersann er das eine Verbrechen, die Brandlegung, um das andere, den Diebstahl, leichter ausführen zu können.

Es ist wohl allbekannt, dass bei einem Brande, die nächst Wohnenden ihre volle Aufmerksamkeit dem Brandorte, und der eigenen Habe zuwenden, dass häufig Unordnung und Verwirrung, welche eben dem Diebe, der nicht selten als ein Hilfeleistender sich geberdet und als solcher betrachtet wird, das Stehlen erleichtern.

Franz W. berechnete Ort und Zeit für seine verbrecherischen Zwecke ganz gut, indem ihm beide das heimliche Entfliehen nach der That wirklich ermöglichten und auch zum Stehlen in dem nächsten Orte schiclkiche Gelegenheit hoffen und erwarten liessen.

Er zündete nämlich einen von der Strasse entfernt liegenden Heustadel und zwar Abends an, entfloh auch wirklich nach dem Gelingen nach G., wo er zu stehlen versuchte, aber zufällig abgeschreckt wurde.

Geistes- oder Gemüthskranke wählen in der Regel bei Vollbringung verbrecherischer Handlungen Zeit, Ort und sonstige Umstände ganz unzweckmässig, auf eine Art, die ihre Entdeckung offen herbeiführt und entfliehen nicht von dem Orte der That, die sie erfreut, und die sie gerechtfertigt glauben.

Er gestand alsbald reumüthig seine Thaten; er fühlt, Strafe verdient zu haben und will sich ihr nicht entziehen.

Wenn wir einerseits hieraus auf noch nicht gänzliche Verdorbenheit des moralischen Characters, auf Gewissensdrang schliessen möchten (er verlegte sich übrigens bei seinen früheren Untersuchungen nie auf das Leugnen), so können wir anderseits der Reue und dem Gewissensdrange desselben kein zu grosses Gewicht beilegen; denn es ergibt sich noch ein anderes Motiv zu dessen Selbstanklage, welches sehr zu berücksichtigen kommt. Es ist seine Furcht vor dem Schube in die Heimat und die Reponirung in seine früheren

Verhältnisse, während seine Liebe zur Arbeit als Knecht, der er als Soldat und später als Arrestant doch viele und lange Zeit entfremdet war, mit Recht in Zweifel gezogen wird und allem Anscheine nach das Arrestleben für ihn nichts Abschreckendes hat.

Er ist sehr niedergeschlagen, allein diese Niedergeschlagenheit erscheint nur zeitweise und äussert sich durch Senken der Augen, gedämpfte Stimme und langsames Reden mit untermischtem Ausrufe, »dass er nicht würdig sei vom Erdboden getragen zu werden«. Wir müssen die Wahrheit dieses Betrübtseins sehr bezweifeln, wozu wir uns um so mehr berechtiget glauben, als er von peinigenden Gedanken und Vorstellungen nie heimgesucht wird, einen guten Appetit besitzt und überhaupt körperlich gesund und geistig ruhig lebt.

Man könnte den Einwurf erheben, dass Geisteskranke mit Unwillen jede Aeusserung verwerfen, die sie für verrückt und unfrei erklärt: Wie kommt es nun, dass Franz W. sich vom Ort der That entfernte? Warum versuchte er nach der Brandlegung, mit Vorbedacht und fester Absicht ein zweites Verbrechen (nämlich Diebstahl) zu begehen? Warum eilte er nicht zur Gerichtsbehörde, um sich anzuklagen? Warum gab er nicht beim ersten Verhöre die Triebfeder an, die er später gestand? Warum brach denn die Geistes- und Gemüthskrankheit während seiner nunmehrigen 14tägigen Haft nicht wenigstens in dem Grade durch, der auch nur den leisesten Verdacht erregte? Warum besiegt er nicht auch jene Niedergeschlagenheit selbst? Es kann demnach weder die Selbsanklage, noch die Niedergeschlagenheit desselben als Product einer Geistes- oder Gemüthskrankheit angesehen werden.

2. Franz W. klagt sich an, eine Mannsperson in die Salzach geworfen zu haben. Man konnte bisher nicht in Erfahrung bringen, dass irgend eine Mannsperson verschwand, es wurde auch bisher keine männliche Leiche in oder an der Salzach aufgefunden.

Für diese angebliche That können die Gefertigten kein rationelles Motiv des Selbstanklägers entdecken. Diese Angabe lässt es aber nur unerwiesen, dass er in der That Jemand in das Wasser geworfen habe, beweiset aber keineswegs, dass er wirklich Niemanden hineinwarf.

Sollte diese Erzählung etwa nur eine Vorspiegelung und Erfindung sein, um die Richter irre zu leiten, da er wohl wissen konnte, dass er wegen einer That, die objectiv nicht erwiesen vorliegt, nicht verurtheilt werden kann, so darf man um so weniger daraus auf eine Geistes- und Gemüthskrankheit schliessen.

Dieser Erzählung dürfte wohl ein Phantasiegewebe zu Grunde liegen. Es ist nämlich eine unbestrittene Erfahrung, dass Träume oft so lebhaft hell und klar sind, dass wir beim ersten Erwachen uns nicht zurecht finden und es Mühe kostet, die eben durchlebten Bilder als Traumbilder zu erkennen. Dasselbe kann auch dem wachen Menschen geschehen, der tiefer sich in einen Gedanken eingegraben hat. Was aber allen Leuten begegnen kann, konnte auch dem Franz W. begegnen und zwar um so leichter zu jener Zeit und um so mehr, als seine körperliche Ermattung eben so geeignet war, ihm einen Schlaf zu bringen, als sein böses Bewusstsein, ihm böse Träume zu erwecken.

Das Bewusstsein des Verbrechens der Brandlegung konnte ihm leicht einen Traum vom Ergriffenwerden, von eigener Gegenwehr, das Rauschen des Wassers ihm das in's Wasser werfen des Gegners lebhaft hell und klar vor sein inneres Auge führen, so dass er beim ersten Erwachen sich nicht zurecht fand, während das böse Bewusstsein, das nun durch Vorspiegelung eines zweiten Verbrechens nur noch verstärkt wurde, ihn nicht zurecht kommen liess und in ihm das Phantasiegewebe nur noch mehr verstrickte, bis er es selbst für Wirklichkeit hielt. Aus dieser Annahme geht aber noch keineswegs hervor, dass er derzeit an einer Geistes- oder Gemüthskrankheit leide, denn angenommen, dass er an einem Wahne leidet, so hat doch dieser jenen Grad noch nicht erreicht, dass er dessen Denkvermögen verwirrt oder auch nur demselben eine einseitige Richtung gegeben, eine Gemüthskrankheit erregt oder auf dessen Willenskraft bestimmend eingewirkt hätte.

Wenn wir daher Alles reiflich überlegen, so müssen wir uns mit Bestimmtheit dahin aussprechen, dass Franz W. weder geistes- noch gemüthskrank sei.

Franz W. wurde des Verbrechens der Brandlegung **schuldig** erkannt.

B. Aus den Wiener-Heilanstalten.

9. Hernia diaphragmatica bei einem neugeborenen Kinde.

Ein 2 Tage alter Findling wurde im April 1858 in die k. k. Findelanstalt gebracht; an demselben Tage wurde er zu wiederholten Malen cyanotisch, ohne dass Husten oder Schreien vorausgegangen waren. Die Percussion zeigte an der linken Thorax-Hälfte rückwärts von der Höhe derselben bis zum untern Winkel der Scapula einen vollkommen leeren Schall mit bedeutender Resistenz; die übrige Partie des linken Thorax zeigte einen voll tympanitischen Percussions-Schall; der rechte Thorax bot bei der Percussion nichts Abnormes; die Leber überragte beträchtlich den Rippenbogen und der übrige Theil des Unterleibes zeigte tympanitischen Schall. An der ganzen linken Thoraxhälfte konnte man bei wiederholter Auscultation kein Respirations-Geräusch unterscheiden, während rechterseits durchgehends vesiculäres Athmen vorhanden war. Der Herzstoss war in der Fossa cardiaca fühlbar, und die daselbst am besten zu hörenden Töne waren rein. Die Stuhlentleerungen waren normal. Im weiteren Verlauf wiederholte sich die Cyanose oftmals, die obigen Erscheinungen erhielten sich fortwährend; nun traten später noch die Erscheinungen eines Bronchial-Catarrhes hinzu; am 13. Tage der Behandlung starb endlich der Säugling in einem Anfalle von Cyanose.

Bei der **Section** fand man die rechte Lunge normal und das Herz in der rechten Brusthälfte gelegen; der linke Thorax-Raum war durch die Verrückung der Mediastinal-Platten nach rechts über das Sternum hinaus erweitert. Die linke Lunge nahm bei einem fast bis zur Luftleere comprimirten Zustande die Spitze des linken Brustraumes ein, der übrige Raum war durch sämmtliche Gedärme mit Ausnahme des Duodenums und des Colon descendens gefüllt, der sehr ausgedehnte Magen nahm den grössten Theil des Unterleibs ein und verharrte noch in seiner verticalen Lage; das aufsteigende Stück des Duodenums zog sich, längs dem normal gelegenen Pancreas, durch eine beiläufig 2 Finger breite ovale Spalte des Diaphragma, die hinter dem ligamentum suspensor. lienis im muskulösen Theil des Zwerchfells gelegen war, in den linken Brustraum hinein, so dass dieser durch das Darm-Convolut ausgefüllt war, während aus demselben nur das Colon descendens herauslief und in seiner normalen Richtung sich in das Becken hinabzog. Dadurch bildete das durch die Gedärme in den Thorax-Raum hineingezogenen Peritonaeum eine, einem Dreiecke mit abgestumpften Winkeln ähnliche Ausbreitung, so zwar, dass dessen Basis der Lage nach dem Peritonaeal-Uebezuge der Nieren glich, indess die Spitze in der Richtung von rechts und unten nach links und oben in den Zwerchfellschlitz hineinlief. Die rechte Seite des Unterleibes füllte die Leber aus, indem sie nach rechts und unten verschoben, mit ihrem rechten Lappen fast bis zur Spina ossis Ischii reichte, indess die obere Partie des Unterleibes vom linken Leberlappen und der Milz, die linke Seite vom Colon descendens, und dessen mittlerer Raum vom vertical gestellten Magen mit dem Duodenum eingenommen wurden.

10. Günstiger Verlauf einer Meningitis in gravida.

Eine Magd von 27 Jahren wurde auf der 5. med. Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses aufgenommen, welche vor 2 Jahren nach einer Entbindung einen Puerparalprocess glücklich überstanden hatte, sonst aber stets gesund war. Vier Tage vor ihrer Aufnahme hatten sich mässiger Fieberschauer, Kopfschmerz und wiederholtes Erbrechen eingestellt. Bei der Aufnahme bot die Kranke eine gelbliche Hautfarbe, Schlaffheit der Muskeln; hatte heftige Kopfschmerzen in der Stirn- und Schläfengegend, grosse Schwäche der Glieder und erbrach eine lauchgrüne mit Schleimflecken vermischte Flüssigkeit, der Puls war 100, die Resp. 20, sonst zeigte die Untersuchung nichts besonderes; die zwei letzten Catamenien waren nicht erschienen und die Kranke glaubte sich im dritten Monat schwanger. Eisumschläge auf den Kopf und 1 Gr. Acet. Morph. auf 2 Drachm. Aq. Laurec. erleichterten den Zustand nicht. Nach fünf Tagen sank der Puls auf 60, am sechsten auf 46 herab, die Magengegend wurde beim Drucke sehr empfindlich, und man beobachtete nach 2—3 Tagen leise kaum bemerkbare Athmungsbewegungen, eine tiefe seufzende In- und Exspiration, ferner trübte sich das Sensorium, die Perception wurde auffallend verlangsamt. Es wurden unter diesen Umständen 12 Blutigel hinter die Ohren und kalte Ueberschläge auf die Magengegend angeordnet; in der Nacht vom 6. auf den 7. Tag stellten sich Delirien ein nebst convulsivischen Zuckungen an den oberen und unteren Extremitäten, welche durch einige Stunden andauerten; das Erbrechen war etwas seltener. Am 7. Tage traten Convulsionen an der rechten Körperhälfte ein, wobei der Kopf stark nach rechts geneigt, der Kopfnicker dieser Seite stark gespannt und contrahirt wurden; die Bulbi waren etwas hervorgetrieben, glänzend. Die Conjunctiva leicht injicirt und die inneren Augenwinkel von Thränen überfliessend. Solche Convulsionen wurden 10mal bei Tage und 7mal bei der Nacht beobachtet, und während dieser Anfälle war das Bewusstsein gänzlich aufgehoben; hierauf folgte anhaltender Singultus. Gegen diesen letzteren wurden Eispillen gereicht. Am 9. Tage zeigten sich die Augenlider erschlafft, die Pupillen, besonders die rechte, stark dilatirt, der rechte Arm und Fuss gelähmt und auch die Sensibilität in denselben vermindert. Nach abermaliger Application von Blutegeln begann am 10. Tage das Bewusstsein wieder klarer zu werden, der Kopfschmerz minderte sich und das Erbrechen war an diesem Tage nur einmal eingetreten, der Singultus war seltener und die Frequenz des Pulses stieg wieder auf 60; das Allgemeingefühl war besser, aber die Lähmung der rechten Seite bestand fort; ebenso die Störung des Sehvermögens in der Art, dass die Umrisse der Gegenstände untereinander verschwimmend erschienen. Am 13. Tage war indess schon die Selbstbewegung des rechten Fusses und am folgenden auch die der Hand möglich. Ueber den Zustand des Darmtractes, gaben insbesondere mehrere nach einem Klystiere entleerte, etwa ½ Schuh lange, weissliche, bandförmige Stücke Aufschluss, welche die mikroskopische Untersuchung als der Darmschleimhaut, und zwar wahrscheinlich der des Dünndarms angehörend erkannte. Es besserte sich von nun an der Zustand continuirlich, jedoch wegen der secundären Schleimhauterweichung nur sehr langsam, durch 14 Tage war auch Doppeltsehen vorhanden. Die Schwangerschaft war durch den bedeutenden Krankheitsprocess übrigens nicht gestört worden.

(Wird fortgesetzt.)

Ueber einen Fall von angeborener Aftersperre, von Dr. H. Friedberg in Berlin. Abgedruckt aus Vichrows Archiv. 1859. B. 17.

Wir lenken die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publikums auf diese Abhandlung, welche durch eine sorgfältige, auf des Verfassers eigene und fremde Erfahrung gegründete Kritik der bei dieser Hemmbildung angewandten Operationsmethoden ein vorwiegend practisches Interesse berührt. Der in Rede stehende Fall betrifft einen etwas über zwei Monate alten Knaben, bei welchem der einen Tag nach der Geburt gemachte Einstich in die Mittellinie des Dammes mit dem Bistouri zwar die Entleerung von Meconium bewirkte, aber trotz seiner Wiederholung die stets zunehmende Verengerung des Canales nicht verhindern konnte, so dass Anfangs erschwerte Defaecation und endlich gänzliche Stuhlverstopfung erfolgte. An diesen Fall anknüpfend, sucht der Verfasser seinem Verfahren, das die modificirte Amussat'sche Methode ist und in der genauen Vereinigung der Wundränder des durch den Schnitt geöffneten Mastdarmes mit denen des Dammschnittes mittels Nähten besteht (Proctoplastik), den Vorzug zu sichern vor Littre's Methode, der Oeffnung des Dünndarmes oder Dickdarmes an einer passenden Stelle des Körpers (Enterotomie), die nur für Fälle zulässig ist, wo der Mastdarm nicht aufzufinden ist, und endlich vor der so allgemeinen Methode des Einstechens des Dammes und des Mastdarmes mit dem Bistuori oder Trokar (Proctotomie), welche er ganz verwirft. Die Unzulässigkeit der letzteren Methode wird brgründet durch den oft rasch nach derselben eintretenden Tod in Folge von Kotherguss in die Bauchhöhle, Enteroperitonitis und Entzündung des den Mastdarm umgebenden Bindegewebes oder das spätere Auftreten von lebensgefährlichen Erscheinungen in Folge der aus der fortschreitenden Verengerung des Canals entspringenden hartnäckigen Stuhlverstopfung. In Bezug auf die Enterotomie wird ausser der möglichen Verletzung des Bauchfelles und dem so grossen Mortalitätsverhältniss auf den Vorfall der Darmwand durch den widernatürlichen Anus am Bauche, auf die Neigung der Oeffnung sich zu verengern und andere Uebelstände (S. 161) hingewiesen.

Der Verfasser, welcher die Proctoplastik gegen die Angriffe Davies' in Birmingham, eines eifrigen Anhängers der Proctotomie, vertheidigt und namentlich den Vorwurf, dass die zwei von ihm operirten Kinder bald nach der Operation starben, durch den Nachweis widerlegt, dass sie anderen Krankheiten (»Drüsenabzehrung und Pneumonie«) erlegen waren, gelangt endlich, gestützt auf drei von französischen Aerzten operirte Fälle und das Resultat seiner eigenen drei Fälle zu dem Schlusse: »Dass die Proctotomie bei der angeborenen Aftersperre wirklich eine Radicalheilung bewerkstelligen könne, ist somit erwiesen und eine Frage entschieden, die ein so hohes nicht nur klinisches, sondern auch forensisches Interesse hat« (S. 164).

Muss man nach dem jetzigen Stande der Erfahrungen der Ansicht des Verfassers in der Hauptsache beipflichten, so kann man doch dagegen nicht das Bedauern unterdrücken, dass bei dem so seltenen Vorkommen der beregten Hemmungsbildung der erfahrungsmässigen Induction ein so kleines und dafür der Conjectur ein so weites Feld offen bleibt. Das mit Benützung älterer und neuerer Literatur klar und bündig abgefasste Schriftchen kann zu interessanter Vergleichung mit eigenen Erfahrungen empfohlen werden. Dr. C.

Journalauszüge.

Zur Erforschung der Aetiologie der Cholera stellt Pr. Pettenkofer in München mehrere Fragen auf, welche vor der Hand gelöst werden sollen, um wenigstens annäherungsweise zu einer genaueren Kenntniss jener Verhältnisse zu kommen, welchen eine Choleraepidemie ihre Entstehung verdankt. Diese Fragen hängen mit den Ortsverhältnissen aufs Innigste zusammen und sind deshalb auch dann zu beantworten, wenn die Cholera nicht herrscht. Die erste Frage ist: Welche Verbreitung hat die Cholera zu verschiedenen Zeiten in den Ortschaften und Ländern Europa's gezeigt? Um hier mehr zuverlässige Angaben zu erzielen, wären blos die Todesfälle zu registriren mit Angabe des Todestages und des Wohnhauses, wobei

die Sterbefälle in den Spitälern auf die Wohnhäuser zurückzuführen sind, vorausgesetzt, dass die Betreffenden nicht daselbst gewohnt oder wegen anderen Krankheiten daselbst Hilfe gesucht haben. Aus solchen Grundregistern lassen sich mit Benützung eines Ortsplanes und geognostischer Karten, schon Schlüsse machen. Als Anmerkung müsste die Angabe über das vereinzelte oder epidemische Vorkommen der Cholera, und über die eingeschleppten Fälle behandelt werden.

Die zweite Frage ist: Welche Beschaffenheit zeigt der Untergrund der epidemisch ergriffenen Orte oder Ortstheile bis zu einer Tiefe, wo sich Grundwasser zeigt? In Baiern zeigte sich nämlich, dass Felsengrund, welcher geognostischen Formation er auch angehöre, jederzeit Immunität gegen eine Choleraepidemie biete; einzelne Fälle können allerdings auch hier vorkommen. Alle von der Cholera in Baiern epidemisch ergriffenen Orte oder Ortstheile sind auf porösem von Wasser und Luft durchdringbarem Erdreich erbaut und so viel bis jetzt bekannt ist, gelangt man an Allen in einer nicht zu grossen Tiefe (5—50 Fuss) auf Wasser. Die Cholera breitet sich ja ohnehin vorwiegend längs den Flüssen und Bächen aus. P. schlägt daher vor, die Höhe der Bodenfläche über dem unmittelbar darunter liegenden Wasserspiegel, über dem Grundwasser zu bestimmen; es zeigte sich aber in Baiern, dass im Allgemeinen letztere Bestimmung nicht ausreicht zur theilweisen Erklärung der Ursache des Entstehens von Choleraepidemien, denn nicht selten bleiben bei nicht ausgebreiteten Epidemien Orte mit porösem und vom Wasser durchdrungenem Untergrunde von der Cholera gänzlich verschont, da sie doch sonst stark von ihr ergriffen gewesen sind. P. glaubt, der Grund hievon liege möglicherweise in dem wechselnden Stande des Grundwassers, es ist daher die Beantwortung der dritten Frage nothwendig: Welchen Stand des Grundwassers ergeben die Beobachtungen zu verschiedenen Jahreszeiten und in verschiedenen Jahren? Bis jetzt hat es nach P. den Anschein, als ob den Choleraepidemien der Ortschaften stets beträchtliche und länger andauernde unterirdische Inundationen vorausgingen, und dass die Zeit des Zurücktretens des abnorm hohen Grundwassers die Zeit sei, wo die Orte für Choleraepidemien empfänglich sind. Aber gleichsam zur Controlle und zur Ergänzung des Frühern muss auch die vierte Frage beantwortet werden: Welche Beschaffenheit des Untergrundes und welchen Stand des Grundwassers zu verschiedenen Zeiten zeigen von der Cholera verschonte Ortschaften oder Ortstheile? Als letzte, besonders durch die Erfahrungen in London veranlasste Frage hätte zu gelten: Welche Beschaffenheit zeigte das Trinkwasser der sowohl von Cholera epidemisch ergriffenen als freien Orte und Districte? Nach P. liegt jedoch im Trinkwasser kein ursächliches Moment für die epidemische Cholera, es ist aber nichts weniger als gleichgiltig, ob die Bevölkerung bei einer Choleraepidemie gutes oder schlechtes Trinkwasser geniesse, eben so wenig wie gute oder schlechte Nahrung. Der Nutzen bei Beantwortung obiger fünf Fragen würde sich durch den Gewinn der werthvollsten Thatsachen zur Beurtheilung der Cholera eben so sehr herausstellen, wie durch die genauere Kenntniss der medicinischen Topographie eines Ortes oder Landes. (Pappenheim, Monatschrift für exacte Forschung in der Sanitätspolizei 1. und 2. Heft.) S.

Ueber ein neues Gift, genannt Nitrobenzin, welches bisher bloss eine technische Verwendung fand und zwar von den Parfümeurs zur Erzeugung von Mandelseife, Mandelpomade etc. wegen des starken Bittermandelgeruches, theilt Casper in Berlin Mehreres mit. Es ist eine goldgelbe klare Flüssigkeit von angenehmen Geschmack und dem obigen Geruch und wurde zuerst von E. Mitscherlich 1834 durch Eintragen kleiner Portionen Benzin in warme rauchende Salpetersäure dargestellt. Einem Kaninchen wurde nach und nach eine Unze Nitrobenzin beigebracht; anderthalb Minuten nach der letzten Dosis stürzte das Thier plötzlich auf die linke Seite, die

Pupillen erweiterten sich, Schwanz und Extremitäten geriethen in convulsivische Bewegungen und nach einer Minute war das Thier todt. Bei einem Hunde stellte sich tiefer Sopor mit langsamer Respiration und kühler Hauttemperatur ein. Merkwürdig war der höchst intensive Geruch nach bittern Mandeln, der sich nach Eröffnung der todten Körper verbreitete und noch nach 14 Tagen wenig von seiner Stärke verloren hatte. Jedenfalls müssen noch viele Versuche in toxikologischer Hinsicht angestellt werden, das steht aber fest, dass der stark und ganz unzweifelhafte Geruch nach bittern Mandeln in einer Leiche nicht mehr ausschliesslich auf Rechnung einer Blausäure-Vergiftung geschrieben werden kann; erhält sich dieser Geruch an einer Leiche noch durch mehrere Tage, so könnte man in zweifelhaften Fällen eher an die Einverleibung von Nitrobenzin als an eine Vergiftung mit Blausäure, die sich ja so rasch zersetzt, denken. (Casper, Vierteljahresschrift, XVI. 1. Heft. S.

Feuilleton.

Aerztliche Erziehung.

Was soll damit gesagt sein? man wird doch nicht am Ende noch soweit gehen, ein ärztliches Seminar errichten zu wollen, um den Jüngling für den ärztlichen Priesterstand zu erziehen? Das nicht, aber der Arzt soll eine gute Erziehung genossen haben, er soll eine nicht bloss allgemeine wissenschaftliche, sondern auch eine gesellige Bildung erhalten haben. Der Mann, welchem das Publikum sein Theuerstes, sein Leben, anvertraut, soll auch das Vertrauen desselben in vollem Masse geniessen und wie soll das sein, wenn er in den gewöhnlichsten Dingen ununterrichtet ist, sobald diese die Grenzen seines Fachwissens überschreiten oder gar, wenn er gegen die Formen des geselligen Lebens in jedem Momente verstösst, sich in gebildeter Gesellschaft nicht zu bewegen versteht und sich demnach dort unbehaglich fühlt. Nach dem äusseren Erscheinen, nach dem Benehmen beurtheilt das Publikum gewöhnlich den Arzt und dieses sogenannte gute Benehmen ist immer das Zeichen grosser Klugheit, wenn auch nicht immer jenes eines grossen Wissens. Dass dieses der eine Factor ist, zur Praxis zu gelangen, sieht man an so vielen Aerzten, deren Praxis sich mitunter nur auf diesen einzigen Factor stützt und an noch viel mehreren Anderen, welche den Mangel einer grossen, ja mitunter auch nur einer bescheidenen Praxis bei ihrer, wenn gleich ausgezeichneten Befähigung zu derselben, dem Abgange gerade dieses Momentes zuzuschreiben haben.

So lange der Arzt auch Priester war, war er hochangesehen und verehrt; so lange in früheren Zeiten der Arzt durch sein universelleres Wissen hoch stand über der grossen Menge, war auch er noch hochgestellt in der menschlichen Gesellschaft und genoss unbedingtes Vertrauen. Jetzt, wo die Bildung alles involvirt, wo die Naturwissenschaften ein Gemeingut des grossen Publikums zu werden beginnt, wo ein, wenn auch oberflächliches mehr lexicalisches Wissen sich aller Stände bemächtiget hat, jetzt werden auch in dieser Beziehung höhere Anforderungen an den Arzt gestellt, der, wenn er sich vor seinen Mitmenschen auszeichnen will, mehr denn je, eine allgemeine Bildung besitzen muss. Es ist eine ganz falsche Ansicht, welche leider in unserer industriellen Zeit immer mehr um sich greift, ja ein Zeichen der Zeit ist, den Arzt als eine Gattung Industrieller, als Gewerbetreibenden zu betrachten und die Mittel, zur Praxis zu gelangen, mit jenen gleich zu stellen, durch welche ein industrielles Unternehmen in schwunghaften Betrieb gesetzt werden kann. Ich weise, als Beispiel, nur auf die zahllosen Versuche hin, ärztliche Praxis durch Zeitungsankündigungen zu gewinnen, ja es ist nach dem Usus der in der Industrie Speculirenden schon dahin gekommen, dass man dieses Mittel, wenn es nur nicht gar zu

schamlos missbraucht wird, noch als ein ganz ehrbares betrachtet, während noch vor zwanzig Jahren, jeder Anfänger sich und seinen Stand dadurch zu entehren geglaubt hätte und um keinen Preis zu diesem Mittel geschritten wäre. Es galten damals eben noch andere Ansichten, der Arzt hielt sich selbst noch für mehr als einen Industriellen, er hatte noch etwas von dem Priester an sich, er stellte sich eine höhere Aufgabe, eine humane Mission, die er zu erfüllen anstrebte. Damals erhielt er aber auch noch Honorare, während heut zu Tage schon meist nur der Ausdruck »Taxe« gehört wird, und diese beiden Ausdrücke characterisiren vollkommen »Einst und Jetzt«. Wir haben die Zeiten der Honorare längst hinter uns und gehen den Zeiten der Taxe entgegen. Das sind die Folgen der industriellen Auffassung des ärztlichen Berufes und wenn man den Arzt wie den Industriellen nach den Prinzipien der freien Concurrenz beurtheilt und entlohnt, — so ist daran der ärztliche Stand nur selbst schuld. Wenn der Arzt die Praxis als »Geschäft« und nur als Geschäft betreibt, so muss er sich das gefallen lassen. Um aber den ärztlichen Stand wieder jenes Ansehen zu geben, welches er hatte, genügen weder Verordnungen, noch ärztliche Vereine oder Assoziationen. Dieses leider nun dem Stande verlorene Ansehen, welches jetzt nur noch wenige Practiker besitzen, kann sich der ärztliche Stand allein geben und zwar nur durch eine der jetzigen ganz diametral entgegengesetzte Auffassung des ärztlichen Berufes.

Man mag sagen, was man will, der Beruf des Arztes ist ein humaner, und sein grösster Lohn ist das Bewusstsein redlich erfüllter Pflicht; der Arzt muss leben gleich anderen Menschenkindern, mit denen er die menschlichen Bedürfnisse theilt, er bedarf des materiellen Lohnes, aber das, was er leistet, ist oft gar nicht hinreichend zu belohnen. Dieses Bewusstsein ist es, welches dem industriellen Theile der Aerzte abgeht, und dessen Mangel ihre Stellung misslich und mitunter ganz unhaltbar macht.

Man sage nicht, der Arzt ist auf den Erwerb angewiesen; das war er früher auch und wobei befand er sich besser? — als er noch das Bewusstsein einer höheren Mission hatte und Honorare empfieng, oder jetzt, wo er sich auf den Industriellen hinaus spielt und nur eine Taxe beansprucht? Die Antwort könnten Mehrere geben als erwünscht ist.

Die äussere Erziehung, die universelle Bildung, so nothwendig sie sind, reichen nicht hin, dem ärztlichen Stande die frühere Stellung wieder zu gewinnen, wenn er nicht dieses Bewusstsein einer höheren humanen Mission wiedergewinnt. Und dahin ist bei den Jüngern Aeskulaps zu wirken, jeder Lehrer präge es ihnen ein, es sei Gegenstand der Erziehung zum ärztlichen Berufe, der Jünger lerne den Stand achten, dem er einst anzugehören berufen ist, er achte in sich und in den Collegen den Stand, er opfere sich für den Beruf und der materielle Lohn wird nicht ausbleiben, aber fort mit der Idee des Industriellen, der nur des Gewinnes halber arbeitet; fort mit all den grossen und kleinen Kunstgriffen der Industrie, um Praxis zu gewinnen — und der ärztliche Stand wird wieder gelten, was er war, als Wohlthäter der Menschheit.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Montag, den 31. October 1859, Abends sieben Uhr, findet im Consistorial-Saale der k. k. Universität eine Plenar-Versammlung des Doctoren-Collegiums der medicinischen Facultät statt.

Gegenstände: 1. Erfahrungen über Schusswunden und Mittheilungen über einige interessante chirurgische Fälle. Von Herrn Dr. Albin Eder.

2. Bedenken über Dr. Herrmann's syphilidologische Ansichten. Von Herrn Dr. Josef Moos.

3. Ueber die Beschneidung der Israeliten und über die Möglichkeit der Anwendung nöthiger Vorsichtsmassregeln, um die Lebensgefährlichkeit dieser Operation zu mildern. Von Herrn Dr. Heinrich Löw.

Am 25. October 1859 wurden die Herren Doctoren: Sigmund Friedmann, aus Szerednie in Ungarn, Friedrich Semeleder und Karl Krischek aus Wiener-Neustadt als Mitglieder des Doctoren-Collegiums in die medicinische Fakultät aufgenommen.

An der medicinisch-chirurgischen Josefs-Akademie wird ein Operations-Institut gleich jenem an der Universität bestehendem eingeführt; die Direction desselben übernimmt Professor Pitha. —

Die Vorlesungen an der Universität Padua bleiben laut Verordnung des k. k. Unterrichtsministeriums vom 24. d. M., da unter den dermaligen, politischen Zuständen Italiens und bei der dadurch veranlassten Aufregung der Gemüther von der Eröffnung der Vorlesungen an der Universität Padua ein fruchtbarer, wissenschaftlicher Erfolg nicht erwartet werden kann, vorläufig für das Wintersemester 1859/1860 suspendirt.

In den Gesundheitsverhältnissen Wien's ist auch in dieser Woche keine Aenderung eingetreten. Der Krankenstand erhält sich fortwährend auf seiner nicht beträchtlichen Höhe nnd der geringen Intensität der vorkommenden Krankheitsformen, unter denen catarrhalische Affectionen der Athmungsorgane am meisten vertreten sind. Im k. k. allgemeinen Krankenhause hat sich die Krankenzahl selbst um etwas vermindert, sie schwankte in der Woche vom 19. bis 26. October zwischen 1736 und 1693 und betrug am letztgenannten Tage 1701 (1015 M. und 686 W.) gegen 1710 der Vorwoche. Hier kamen Wechselfieber, catarrhalische Affectionen der Athmungsorgane und Lungentuberculose am häufigsten zur Aufnahme, Rheumatismen wurden in Mehrzahl beobachtet, Pneumonie, Typhus und Dysenterie nur vereinzelt; Catarrhe des Magens und der Gedärme waren in Abnahme. Von den contagiösen Exanthemen erhielten sich Blattern auf ihrer bisherigen Höhe, Masern und Scharlach kamen allmälig seltener vor.

Personalien.

Se. k. k. Apost. Majestät haben mit Allerhöchster Entschliessung vom 16. October d. J. dem pensionirten Regierungsrathe und Protomedicus in Nieder-Oesterreich, Dr. Josef Johann Knolz, in Anerkennung seiner wirksamen Theilnahme an den erspriesslichen Leistungen des in Wien während des letzten Krieges bestandenen patriotischen Hilfsvereines das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens allergnädigst zu verleihen geruht.

Se. k. k. Apost. Majestät haben mit Allerhöchster Entschliessung vom 17. October d. J. dem General-Stabsarzte Dr. Johann Ritter von Dreyer und dem pensionirten Regimentsarzte Dr. Friedr. Edlen von Fliesser allergnädigst die Bewilligung zu ertheilen geruht, die ihnen verliehenen fremden Orden, und zwar Ersterem das Grosskreuz des königl. Sizilianischen Ordens König Franz I., Letzterem das Ritterkreuz des grossherzogl. Hessischen Verdienst-Ordens Philipp des Grossmüthigen, annehmen und tragen zu dürfen.

Erledigungen.

Bei der k. k. Hütten-Verwaltung in Zalathna ist die Werksarztesstelle (in der 10. Diätenclasse für einen Doctor der Medicin und in der 12. Diätenclasse für Wundärzte) mit dem Gehalte jährlicher 294 fl. Oe. W. aus der Hüttencasse, 105 fl. Oe. W. aus der Herrschaftscasse und 105 fl. aus der Bruderlade nebst Naturalwohnung und in Ermanglung derselben ein 10% Quartiergeld erledigt. Bewerber um diese Stelle haben ihre instruirten Gesuche bis letzten November d. J. bei der k. k. Berg-, Forst- und Salinen-Direction in Klausenburg einzubringen.

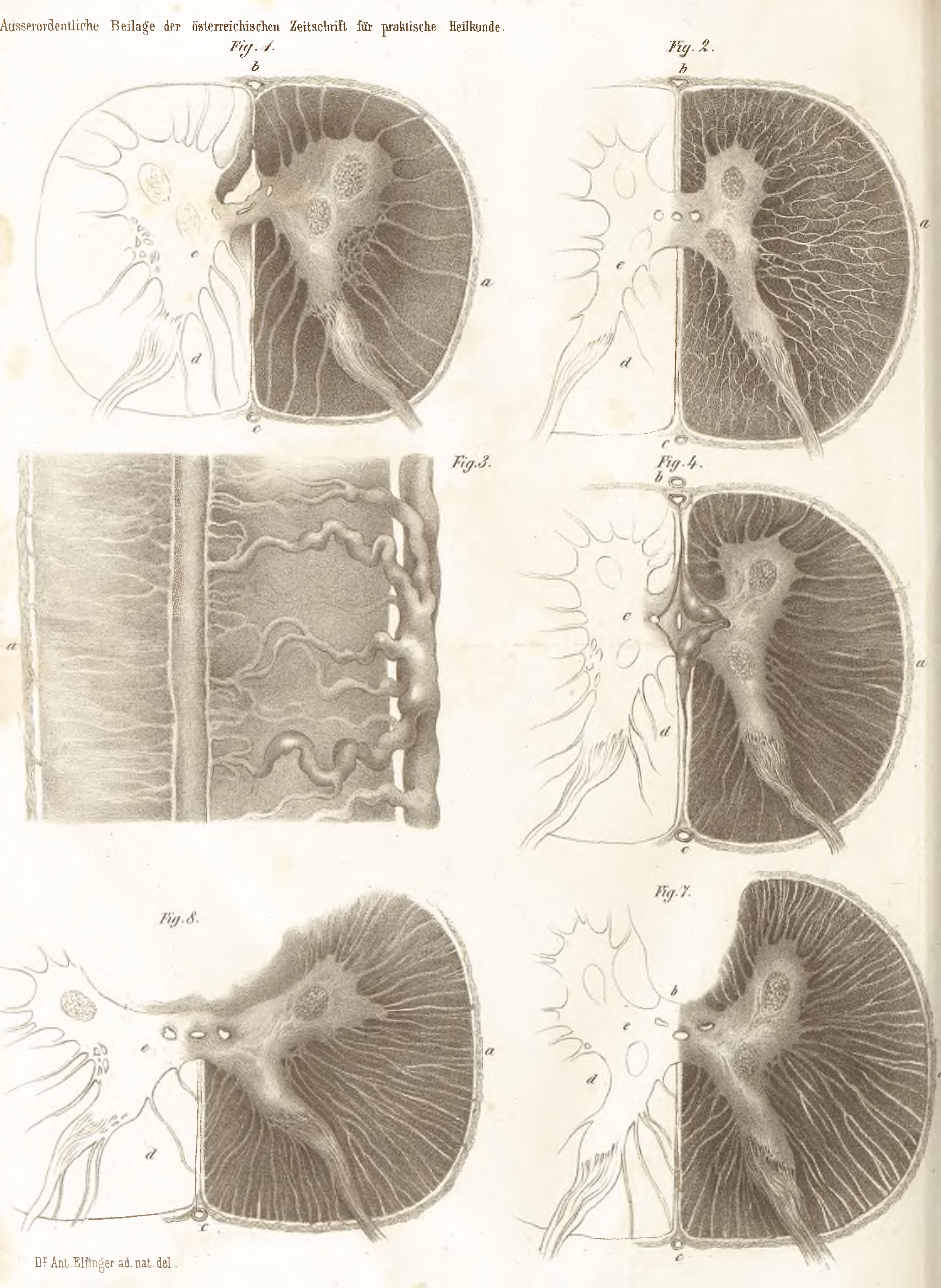
Am k. k. Thierarznei-Institute in Pest ist die Stelle eines klinischen Assistenten mit einem jährlichen Gehalte von 315 fl. Oe. W., 2 Klafter harten Brennholzes und freier Wohnung im Institutsgebäude auf die Dauer von vier Jahren zu besetzen. Nur in besonderen Fällen kann die Dienstdauer noch auf weitere zwei Jahre erstreckt werden. — Die Bewerber um diese Stelle müssen a) unverehelicht sein, b) den Magistergrad der Thierheilkunde oder nach zurückgelegtem dreijährigem thierärztlichem Curse das Diplom als Thierärzte erhalten haben und c) der ungarischen und deutschen Sprache vollkommen mächtig sein. Die instruirten Competenzgesuche sind binnen vier Wochen bei der Direction des k. k. Thierarznei-Institutes in Pest einzubringen.

Die zur ausserordentlichen Beilage gehörige lithographirte Tafel wird mit der nächsten Nummer ausgegeben werden.

Druck von Anton Schweiger in Wien.

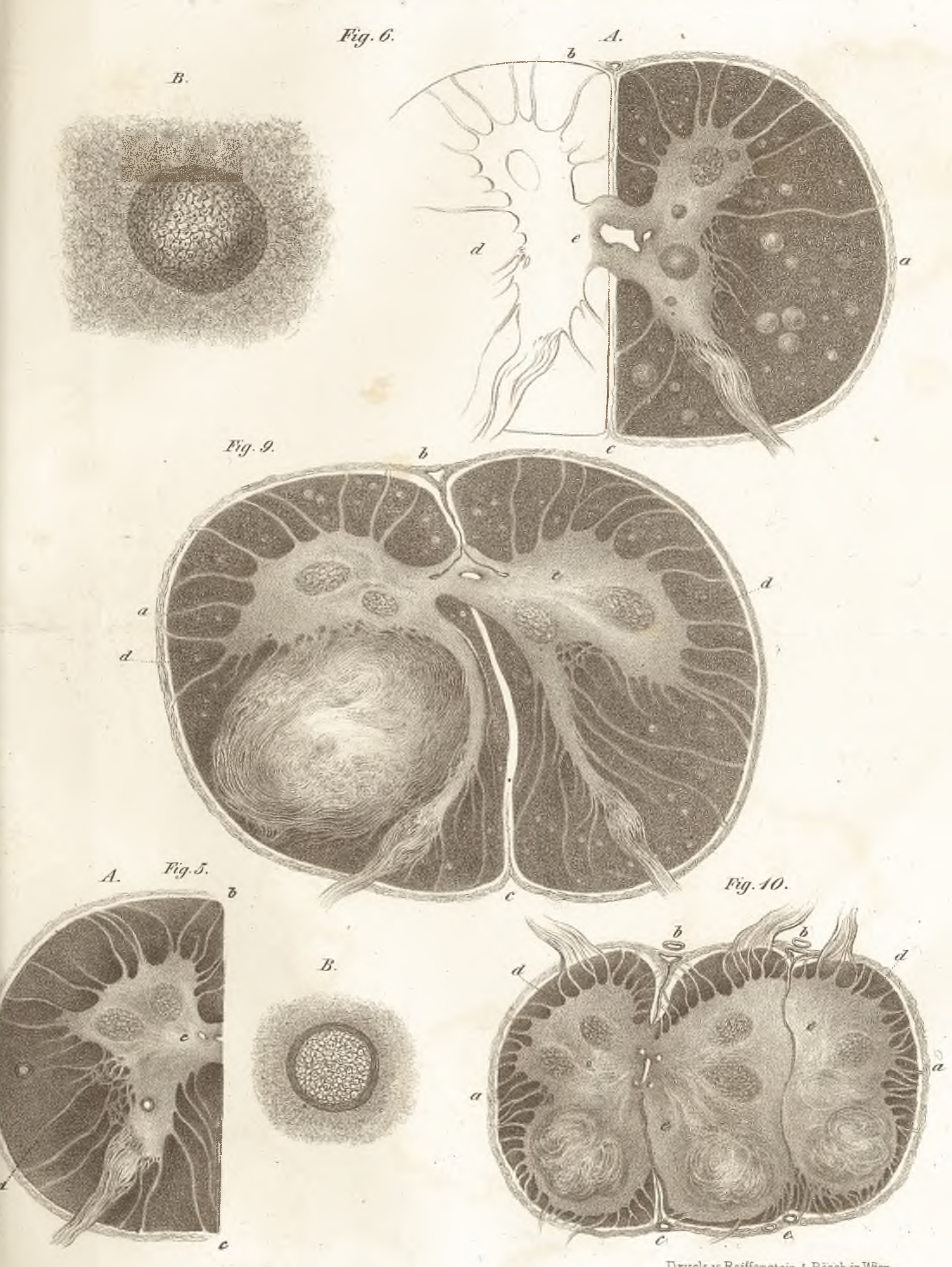
Mit einer ausserordentlichen Beilage.





Ausserordentliche Beilage der österreichischen Zeitschrift für praktische Heilkunde.
Fig. 1.
b
e
a
d
c
Fig. 2.
b
a
e
d
c
Fig. 3.
a
Fig. 4.
b
e
a
d
c
Fig. 8.
e
a
d
c
Fig. 7.
b
e
d
c
Dr. Ant. Elfinger ad. nat. del.

Zu Professor v. Lenhossek's Aufsatz: "Beiträge zur pathologischen Anatomie des Rückenmarkes"



Druck v. Reiffenstein & Rösch in Wien.

